

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO.

INSTITUCION DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA

NETBY

RUC

CIU

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

1722204060

NUMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

ROSE

SEGUNDO APELLIDO

BLTRAN

PRIMER NOMBRE

JOHAN

SEGUNDO NOMBRE

SEBASTIAN

SEXO

H

EDAD (AÑOS)

36

RELIGION

CATOLICA

EVANGELICA

TESTIGO GEOVA

MORMONA

OTRAS

GRUPO SANGUINEO

O+

LATERALIDAD

DIESTRO

ORIENTACION SEXUAL

LESBIANA

GAY

BISEXUAL

HETEROSEXUAL

NO SABE / NO RESPONDE

IDENTIDAD DE GENERO

FEMENINO

MASCULINO

TRANS FEMENINO

TRANS MASCULINO

NO SABE / NO RESPONDE

DISCAPACIDAD

SI

NO

FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (aaaa/mm/dd)

PUESTO DE TRABAJO (CIUO).

AREA DE TRABAJO

ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO A OCUPAR.

LICENCIADO DE PUBLICIDAD Y MARKETING

B. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN VERSION DEL INFORMANTE.

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

C. ANTECEDENTES PERSONALES.

ANTECEDENTES CLINICOS Y QUIRURGICOS.

APP: NO REFIERE

AOX: NO REFIERE

ALERGIAS: NO REFIERE

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

MENARQUIA

CICLOS

FECHA ULTIMA MENSTRUACION

GESTAS

PARTOS

CESAREAS

ABORTOS

HIJOS

VIVOS

MUERTOS

VIDA SEXUAL ACTIVA

SI

NO

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

SI

NO

TIPO

EXAMENES REALIZADOS

SI

NO

TIEMPO (AÑOS)

RESULTADOS

EXAMENES REALIZADOS

SI

NO

TIEMPO

RESULTADOS

PAPANICOLAOU

ECO MAMARIO

COLPOSCOPIA

MAMOGRAFIA

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS

EXAMENES REALIZADOS

SI

NO

TIEMPO (AÑOS)

RESULTADOS

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

SI

NO

TIPO

HIJOS

VIVOS

MUERTOS

ANTÍGENO PROSTÁTICO

X

ECO PROSTÁTICO

X

HABITOS TOXICOS

ESTILO DE VIDA

CONSUMO NOSIVOS

SI

NO

TIEMPO DE CONSUMO

CANTIDAD

EX CONSUMIDOR

TIEMPO DE ABSTINENCIA

ESTILO

SI

NO

CUAL ?

ACTIVIDAD FÍSICA

MEDICACIÓN HABITUAL

TIEMPO / CANTIDAD

TIempo (día) SEMANAL 4H/SEM

Cantidad (unidad)

TABACO

X

X

CAMINATA, TENIS

ALCOHOL

X

SOCIAL

OTRAS DROGAS:

X

X

D. ANTECEDENTES LABORALES.

ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES

EMPRESA

PUESTO DE TRABAJO

ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA

TIEMPO DE TRABAJO

RIESGOS

FISICOS

MECANICOS

QUIMICOS

BIOLOGICOS

ERGONOMICOS

PSICOSOCIALES

OBSERVACIONES.

NO REFIERE

CONSULTORA EXTERNA AL GRUPO QPH

Product Manager

LAS DEL CARGO

1A6M

X

X

ACCIDENTES DE TRABAJO.

FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:

ESPECIFICAR:

NO

X

FECHA:

Observaciones:

ENFERMEDADES PROFESIONALES																									
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:																									
										ESPECIFICAR:		NO		X		FECHA:									
																aaaa		mm		dd					
Observaciones:																									

E. ANTECEDENTES FAMILIARES ( DETALLAR EL PARENTESCO )												MARCAR Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO																																																			
1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR								2. ENFERMEDAD METABOLICA								3. ENFERMEDAD NEUROLOGICA								4. ENFERMEDAD ONCOLOGICA								5. ENFERMEDAD INFECCIOSA.								6. ENFERMEDAD HEREDITARIA /								7. DISCAPACIDADES.								8. OTRAS.							

MADRE: HIPOTIROIDISMO

PUESTO DE TRABAJO / AREAS.		ACTIVIDADES.		FISICOS								MECANICOS.										QUIMICO.															
				TEMPERATURAS ALTAS	TEMPERATURAS BAJAS	RADIACION IONIZANTES	RADIACION NO IONIZANTES	RUIDO	VIBRACION	ILUMINACION	VENTILACION	FLUIDO ELECTRICO	OTROS: _____	ATRAPAMIENTO ENTRE MAQUINAS	ATRAPAMIENTO ENTRE SUPERFICIES	ATRAPAMIENTO ENTRE OBJETOS	CAIDA DE OBJETOS	CAIDAS AL MISMO NIVEL	CAIDAS DIFERENTES NIVEL	CONTACTO ELECTRICO	CONTACTO CON SUPERFICIES DE TRABAJO	PROYECCION DE PARTICULAS - FRAGMENTOS	PROYECCION DE FLUIDOS	PINCHAZOS	CORTES	ATROPELLAMIENTOS POR VEHICULOS	CHOQUE/ COLISION VEHICULAR	OTROS: _____	SOLIDOS	POLVOS	HUMOS	LIQUIDOS	VAPORES	AEREOSELES	NEBLINAS	GASEOSOS	OTROS: _____
1.	LICENCIADO DE PUBLICIDAD Y MARKETING															X																					
2.																																					
3.																																					
4.																																					

PUESTO DE TRABAJO / AREAS.		ACTIVIDADES.		BIOLOGICO					ERGONOMICO				PSICOSOCIALES.										MEDIDAS PREVENTIVAS														
				VIRUS	HONGOS	BACTERIAS	PARASITOS	EXPOSICION VECTORES	EXPOSICION ANIMALES - SELVATICOS	OTROS: _____	MANEJO MANUAL DE CARGAS.	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	POSTURAS FORSADAS	TRABAJOS CON PVD	OTROS: _____	MONOTOMIA DEL TRABAJO	SOBRECARGA LABORAL	MINUCIOSIDAD DE LA TAREA	ALTA RESPONSABILIDAD	AUTONOMIA EN LA TOMA DE DECISIONE	SUPERVISION Y ESTILOS DE DIRECCION	CONFLICTO DE ROL					FALTA DE CLARIDAD EN LAS FUNCIONES.	INCORRECTA DISTRIBUCION DEL TRABAJO	TURNOS ROTATIVOS.	RELACIONES INTERPERSONALES	INESTABILIDAD LABORAL	OTROS: _____					
1.	LICENCIADO DE PUBLICIDAD Y MARKETING																X	X	X																		
2.																																					
3.																																					
4.																																					

G. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES.																									
NO REFIERE																									

H. ENFERMEDAD ACTUAL																									
PACIENTE AL MOMENTO ASINTOMATICO																									

I. REVISION ACTUAL POR ORGANOS Y SISTEMAS.

1. PIEL - ANEXOS.		3. RESPIRATORIO		5. DIGESTIVO.		7. MUSCULO- ESQUELETICO.		9. HEMO- LINFATICO.	
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS.		4. CARDIO - VASCULAR		6. GENITO - URINARIO		8. ENDOCRINOLOGICO.		10. NERVIOSO.	

PACIENTE AL MOMENTO ASINTOMATICO

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRICAS.

PRESION ARTERIA (mmhg.)	TEMPERATURA (°C).	FRECUENCIA CARDIACA (lat/min).	SATURACION DE OXIGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (fr/min).	PESO (KG).	TALLA (CM).	INDICE MASA CORPORAL (kg/m2).	PERIMETRO ABDOMINAL (cm).

K. EXAMEN FISICO REGIONAL.

REGIONES

1. PIEL	a. Cicatrices.		3. OIDOS	a. Cond. Auditivo Externo.		5. NARIZ	a. Tabique.		8. TORAX	c. Pulmones.		11. PELVIS	a. Pelvis.	
	b. Tatuajes.			b. Pabelon.			b. Cornetes.			d. Parrilla costal.			b. Genitales.	
	c. Piel y Faneras.			c. Timpanos.			c. Mucosa.		10. COLUMNA	a. Visceras.		12. EXTREMIDADES	a. Vascular	
2. OJOS	a. Párpados.		a. Labios.		d. Senos paranasales.		b. Pared abdominal			b. Miembros Superiores.				
	b. Conjuntivas		b. Lengua.		a. Tiroides / Masas.		a. Flexibilidad.			c. Miembros Inferiores.				
	c. Pupilas.		c. Faringe		b. Movilidad.		b. Desviación.			a. Fuerza.				
	d. Corneas.		d. Amígdalas.		a. Mamas.		c. Dolor.			b. Sensibilidad.				
	e. Motilidad.		e. Dentadura.		b. Corazon.				c. Marcha.					
<b>OBSERVACIONES:</b> SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCAR CON UNA "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECION COLOCANDO EL NUMERAL.												13. NEUROLOGICO.	d. Reflejos.	

VALORACION VIA TELEMATICA

L. RESULTADOS DE EXAMENES GENERALES Y ESPECIFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO ( IMAGEN, LABORATORIO, Y OTROS).

EXAMEN	FECHA (aaaa/mm/dd)	RESULTADOS

OBSERVACIONES:

M. DIAGNOSTICO.					PRE = PRESUNTIVO ; DEF= DEFINITIVO.	CIE 10	PRE	DEF
1.	CONTROL OCUPACIONAL					Z00		X
2.								
3.								

N. APTITUD MEDICA PARA EL TRABAJO.

APTO.	X	APTO EN OBSERVACION.		APTO CON LIMITACIONES.		NO APTO.	
OBSERVACION.							
LIMITACION.							

O. RECOMENDACIONES Y OTROS TRATAMIENTOS.

CONTROL OCUPACIONAL ANUAL

DIETA SALUDABLE

ACTIVIDAD FISICA REGULAR

CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACION A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.

P. DATOS DEL PROFESIONAL.			
FECHA (aaaa/mm/dd)	NOMBRE Y APELLIDO	Codigo	FIRMA Y SELLO
2/13/2023	DRA GLORIA ZHICAY	1715709679	

Q. DATOS USUARIO.
Nombre y Apellido

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO.

INSTITUCION DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA

NETBY

RUC

CIU

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

1722204060

NUMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

ROSE

SEGUNDO APELLIDO

ROSE

PRIMER NOMBRE

JOHAN

SEGUNDO NOMBRE

SEBASTIAN

SEXO

H

CARGO / OCUPACION

LICENCIADO DE PUBLICIDAD Y MARKETING

B. DATOS GENERALES.

FECHA DE EMISION:

2023

2

13

aaaa

mm

dd

FECHA DE INGRESO:

aaaa

mm

dd

EVALUACION:

INGRESO:

X

PERIODICO:

REINTEGRO:

SALIDA:

C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL.

Despues de la valoracion medcia ocupacional se certifica que la persona en mencion, es calificada como:

APTO.

X

APTO EN OBSERVACION.

APTO CON LIMITACIONES.

NO APTO.

D. CONDICION DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO.

Despues de la valoracion medica ocupacional se certifica las condciones de salud al momento del RETIRO com: :

SATISFACTORIO:

NO SATISFACTORIO:

E. RECOMENDACIONES.

CONTROL OCUPACIONAL ANUAL

Con este documento certfico, que el trabajador se ha sometido a la evaluacion medica requerida para ( el ingreso / la ejecucion /el reintegro y el retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo, emitiendo recomendaciones con su estado de salud.

La presente certificacion se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de CONFIDENCIAL.

F. DATOS DEL PROFESIONAL.

FECHA (aaaa/mm/dd)

2/13/2023

NOMBRE Y APELLIDO

DRA GLORIA ZHICAY

Codigo

1715709679

FIRMA Y SELLO

Q. DATOS USUARIO.

Nombre y Apellido